Datum:

by Tamara Burkhardt

079 674 74 38

**ANAMNESE-BOGEN**

**Name:** **Geb.Dat.:**

**Vorname:**   **Grösse/Gewicht:**

**PLZ/Adr.:**

**Beruf:** **Familienstand:**

 **Kinder** (Alter)**:**

|  |
| --- |
| **Zielsetzung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Gewichtsreduktion (Körperfettabbau) |
|  |  | Gewichtszunahme (Muskelaufbau) |
|  |  | Leistungssteigerung |
|  |  | Verbesserung Wohlbefinden |
|  |  | Genesungsunterstützung (Krankheit?) |
|  |  | Allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes |

Konkrete Formulierung / Zeitrahmen:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Lebensstil** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | überwiegend sitzend |  |  |  | öfters gestresst |
|  |  | überwiegend stehend |  |  |  | manchmal gestresst |
|  |  | körperlich anstrengend |  |  |  | selten gestresst |
|  |  | geistig anstrengend |  |  |  | nie gestresst |

Stellenprozente/Infos: etwaige Infos dazu:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Diäterfahrung |  |  |  | sportlich |
|  |  | Keine Diäterfahrung |  |  |  | nicht sportlich |

Wenn Erfahrung vorhanden, bitte näher erläutern: Sportart/en, Umfang, Intensität:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Genuss-/Suchtmittel** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Alkohol |
|  |  | Rauchen |
|  |  | Kaffee |
|  |  | Energiedrinks |
|  |  | Weiteres |

Wieviel, wie oft und wie lange schon:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Gesundheit/Leiden allgemein** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Erkrankungen des Bewegungsapparates |
|  |  | Schilddrüsenerkrankungen |
|  |  | Stoffwechselstörungen |
|  |  | Hauterkrankungen |
|  |  | Organbeschwerden |
|  |  | Beschwerden des Verdauungsapparates |
|  |  | Psychische Beschwerden |
|  |  | Konzentrationsstörungen |
|  |  | Reizbarkeit |
|  |  | Stimmungsschwankungen |
|  |  | Kopfschmerzen |
|  |  | Migräne |
|  |  | Andere Beschwerden/Leiden |

Genauere Angaben dazu:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Schlaf** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | regelmässig |
|  |  | erholt |
|  |  | wenig erholt |
|  |  | schwitzen |
|  |  | unruhig |

Genauere Angaben dazu:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Verdauung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | „normal“ / „regelmässig“ |
|  |  | Neigung zu Durchfall |
|  |  | Neigung zu Verstopfung |
|  |  | Beschwerden |
|  |  | Blähungen |

Genauere Angaben dazu:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Unverträglichkeiten / Allergien** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Milchzucker |
|  |  | Gluten |
|  |  | Histaminintoleranz |
|  |  | Fructosemalabsorbtion |
|  |  | Nüsse |
|  |  | Andere |
|  |  | Allergien |

Genauere Angaben dazu:

|  |
| --- |
|  |

Werden Supplemente oder Medikamente eingenommen?

|  |
| --- |
|  |

Angaben zur Ernährung. Was wird regelmässig gegessen, was nie. Einfach frei von der Leber weg notieren. Es darf hier geschrieben werden so viel man will.

|  |
| --- |
| Frühstück:Znüni:Zmittag:Zvieri:Znacht:Getränke:Weiteres: |

Erwartungen?

|  |
| --- |
|  |